Análisis del progreso en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para salud en Guatemala

Byron Idrovo
Ricardo Bitrán
Bitrán y Asociados para PHR*plus*

1. Introducción

En septiembre del 2000 ciento ochenta y nueve jefes de Estado, incluyendo el de Guatemala, suscribieron la Declaración del Milenio. Ésta explicitó los objetivos de desarrollo social que las naciones firmantes deben alcanzar hacia el año 2015. Desde entonces, tanto los países suscriptores como las instituciones donantes a nivel internacional, han unido sus esfuerzos para cumplir estos compromisos, conocidos como Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los ODM son: 1) erradicar la pobreza extrema y el hambre; 2) lograr la enseñanza primaria universal; 3) promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer; 4) reducir la mortalidad infantil; 5) mejorar la salud materna; 6) combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades; 7) garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; y 8) fomentar una alianza mundial para el desarrollo.[1]

El interés por el tema de los ODM ha generado a nivel nacional y al nivel internacional, una corriente importante de estudios técnicos, publicaciones, informes y debates. Este interés revela la importancia que tiene para los países y la comunidad internacional el logro de los ODM. En Guatemala, el compromiso adoptado en la Declaración del Milenio, ha llevado a que organismos del Estado y de cooperación externa realicen un esfuerzo mancomunado para calcular los costos y medir el grado de avance de los ODM. En este ámbito, en Guatemala el Programa de las Naciones Unidas (PNUD) está apoyando la iniciativa del gobierno orientada a preparar una matriz de contabilidad social. Dicha matriz servirá para diseñar modelos económicos relacionados con el cumplimiento de los ODM. Un estudio realizado por la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN. 2005), sostiene que "Guatemala podría alcanzar la mayoría de las metas sociales del milenio al 2015 si se acelera el actual ritmo de crecimiento económico, si además se emprendieran políticas complementarias de redistribución de ingresos y se realizara un conjunto de políticas sociales adicionales de comprobada efectividad y con una estrecha coordinación entre ellas". Este diagnóstico hace un fuerte llamado a la mayor coordinación en la ejecución de políticas sectoriales de crecimiento económico, educación, género, salud y nutrición. La participación conjunta de los sectores involucrados, permitirá aprovechar eficaz y eficientemente las sinergias de los sectores sociales (salud, educación y desarrollo económico).

Este documento busca hacer un aporte al debate sobre la factibilidad de que Guatemala logre los ODM en sector salud. Se espera que la información aquí contenida servirá de insumo pára el diálogo político y la abogacía tendientes a lograr una mayor inversión pública en los sectores sociales del país.

El análisis que se desprende de este documento, contribuye a la identificación de aquellos ODM en salud para los cuales se vislumbra una brecha difícil de ser cubierta. Como veremos, para que Guatemala alcance los ODM en salud, por un lado deberá adoptar estrategias agresivas que le permitan superar la desigualdad a nivel departamental en materia de salud, y por otro, deberá identificar aquellas intervenciones más costo-efectivas que combatan los problemas de salud básica de la población guatemalteca más necesitada.

2. ¿Cómo se evalúa el alcance de los objetivos en salud?: Definición de los indicadores de salud

A nivel internacional, la forma convenida para evaluar el grado de avance en el cumplimiento de los objetivos en salud, es a través de la formulación de metas e indicadores que permitan sintetizar y cuantificar los ODM. Un objetivo, constituye un propósito general del bienestar de los grupos más vulnerables: por ejemplo, *reducir la mortalidad de la niñez*. Una meta sintetiza un objetivo y especifica lo

[1] Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), Banco Mundial (BM, 2005), Wagstaff, 2004; Clemens, 2004 y Sachs, 2001.

que se entiende por su logro: por ejemplo, *reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de 5 años*. Finalmente, una meta se corresponde con al menos un indicador que la cuantifica. Por ejemplo, un indicador asociado a la meta de reducción de la mortalidad de la niñez es la *tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos*. En resumen, una meta es la síntesis de un objetivo, la cual, para efectos de medición y monitoreo, es cuantificada por un indicador.

La Tabla 1 presenta los ODM de salud junto a sus respectivas metas e indicadores. Esta tabla es común entre los países que suscribieron la declaración del milenio. Por otra parte, uno de los métodos de análisis más comúnmente empleado en la evaluación del grado de alcance de los ODM en salud, es el método gráfico. Entre las instituciones mundialmente reconocidas que emplean esta metodología de análisis se encuentran El Fondo Internacional de las Naciones Unidas de Auxilio a la Infancia (UNICEF), el Banco Mundial (BM), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la División Estadística de las Naciones Unidas (UNSD) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). En Guatemala, las instituciones que han adoptado este método de análisis son: SEGEPLAN, el Instituto Nacional de Estadística (INE), el Banco de Guatemala (BG) y otras instancias de cooperación técnica. Por tal motivo, el diagnóstico de alcance de los ODM que propone este documento, se basará en el método gráfico y en la evidencia empírica derivada de los hallazgos de investigaciones y estudios de Kestler (2000), Schieber y Stanton (2000), Flores (2005) y Matus (2005), entre otros estudios aplicados a Guatemala.

Tabla 1 Objetivos y metas del milenio para el sector salud

Objetivos	Metas	Indicadores
Reducir la mortalidad de la niñez	Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	• Tasa de mortalidad infantil (menores a 1 año de edad) por mil nacidos vivos • Tasa de mortalidad de la niñez (menores a 5 años de edad) por mil nacidos vivos • Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra sarampión
Mejorar la salud materna	Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	• Razón de mortalidad materna (defunciones por cien mil nacidos vivos) • Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado
Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	Detener y comenzar a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA	• Prevalencia de VIH entre gestantes de 15 a 24 años de edad (ONUSIDA, OMS, UNICEF) • Porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos (División de población de las Naciones Unidas) • Utilización de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo (UNICEF. OMS) • Porcentaje de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA (UNICEF, OMS) • Tasa de prevalencia de uso de preservativos (División de población de las Naciones Unidas)
	Detener y comenzar a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	• Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas al paludismo (OMS) • Prevalencia y tasa de mortalidad asociada a la tuberculosis (OMS)

Fuente: División Estadística de las Naciones Unidas 2005.

3. ¿Es posible asegurar que Guatemala cumplirá o no los ODM en salud?

No, en la práctica resulta complejo concluir objetivamente sobre las posibilidades que tiene Guatemala de alcanzar los ODM en salud. Guatemala es un país altamente expuesto a desastres naturales y a crisis económicas, como lo muestran las consecuencias desfavorables de la sequía del 2001 y la caída, previsiblemente de largo plazo, de los precios del café. Hechos como éstos, pueden estancar al país en el futuro. Esta es una de las razones que pueden

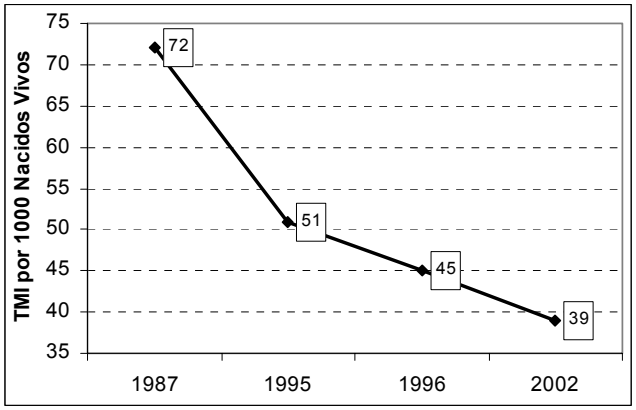
malograr cualquier pronóstico sobre la posibilidad de alcanzar los ODM[2].

Frente a la incertidumbre del comportamiento futuro de los indicadores de salud, se hace urgente establecer acuerdos y compromisos entre las distintas ramas del Estado, organismos de cooperación externa, sociedades civiles y privadas para el planteamiento de estrategias que mejoren la eficiencia operativa en el monitoreo de los indicadores de salud. El adecuado planteamiento de estrategias, permitirá optimizar el empleo y movilización de recursos económicos para los programas de salud al interior del país. La participación coordinada de los sectores públicos y privados, permitirá detectar y solucionar oportunamente los "cuellos de botella" que impidan el alcance de los ODM.

3.1 Análisis de la mortalidad infantil

El Gráfico 1, muestra que la tasa de mortalidad infantil (TMI) ha cursado a nivel nacional una considerable reducción durante el periodo 1987-2002. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) muestran que en años recientes ha habido una reducción importante en la TMI en el país: en 1987 la TMI era de 75 por cada 1.000 nacidos vivos (NV), mientras que en el 2002 la TMI había caído al nivel de 39 muertes por cada 1.000 NV. Una parte significativa de la reducción (dos tercios de ella) ocurrió entre 1987 y 1995. Sin embargo, los niveles de mortalidad infantil aún se ubican por sobre la meta del 2015. SEGEPLAN (2006), sostiene que para cumplir con la meta del 2015 se requiere una reducción del 56% de la TMI y una reducción del 57% de la tasa de mortalidad de la niñez.

Gráfico 1 Tasa de mortalidad infantil (TMI)



Fuente: ENSMI

El organismo de recursos y colaboración para la sobrevivencia de la niñez (CORE. 2004), sostiene que el descenso de la TMI fue explicado por la implementación de programas exitosos de supervivencia infantil (inmunización, control de enfermedades diarreicas, y de infecciones respiratorias agudas). Por su parte, Flores (2005), menciona que estos positivos resultados de la TMI, se debieron a la participación ligada de varios actores claves –Gobierno de Guatemala y de organizaciones internacionales como la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID), UNICEF, la Unión Europea y otras ONGs europeas–, los cuales otorgaron apoyo técnico y financiero en la lucha a favor de la supervivencia infantil. No obstante este progreso en la reducción de la TMI en el país, al comparar la TMI de Guatemala con otros países en desarrollo los resultados son preocupantes. La Tabla 2 señala que Guatemala tiene la tercera TMI más elevada de la región latinoamericana y del Caribe, después de Haití y Bolivia. Por otra parte, países con un PIB percápita similar o menor al de Guatemala (Honduras, Nicaragua y Ecuador) presentan una TMI representativamente menor.

Tabla 2 Comparación internacional de la TMI (2000)

Países	PIB per capital (dólares internacionales)*	TMI por 1.000 nacidos vivos**
Haití	1.614	70
Bolivia	3.049	59
Guatemala	4.136	40-45
República Dominicana	7.055	39
Perú	5.594	39
Honduras	2.793	34
Nicaragua	2.779	34
Brasil	8.745	32
El Salvador	4.525	30

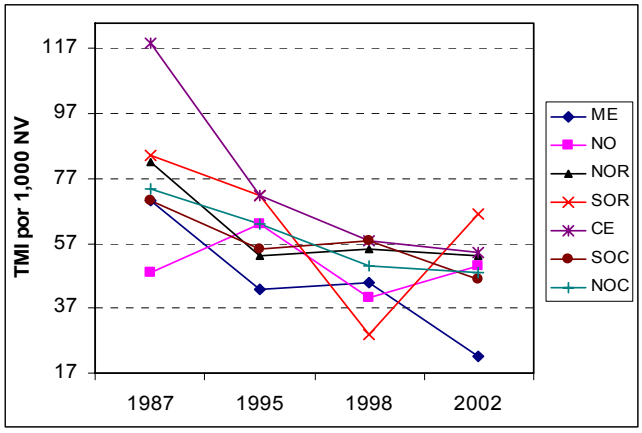
[2] Por ejemplo, varios documentos que emplean el método gráfico, pronostican a partir de tendencias basadas en datos históricos de los indicadores de salud y suponen que dichas tendencias continuarán ocurriendo en el futuro. Sin embargo, estas tendencias son sensibles a otros factores de carácter económico y social, que pueden afectar la trayectoria del indicador. Por ello, derivar conclusiones objetivas a partir de dichas tendencias, pueden conducir a fracasos en los resultados esperados.

Países	PIB per capital (dólares internacionales)*	TMI por 1.000 nacidos vivos**
México	10.090	29
Ecuador	4.010	28
Paraguay	4.663	24
Colombia	7.303	23
Panamá	7.327	20
Uruguay	9.619	15
Costa Rica	10.316	12
Chile	11.537	10
Promedio para ALC	6.190	30
Mundo	65.150	54

Fuente: *Fondo Monetario Internacional
**Banco Mundial/Informe sobre el Desarrollo Mundial (IDM) 2001

Por otra parte, existe una aguda desigualdad de la TMI al interior de Guatemala. Por ello, evaluar el posible alcance de los ODM usando para ello un simple promedio nacional, no es adecuado, pues el dicho promedio esconde grandes desigualdades. El Programa Regional de Reconstrucción para América Latina (PRRAC. 2005), muestra evidencia de la seria desigualdad experimentada por algunas regiones del país. El Gráfico 2 compara la TMI por regiones durante el lapso de 15 años comprendido entre 1987 y 2002). Dicho gráfico revela diferencias entre las trayectorias de las TMI regionales. Estas disparidades obviamente no pueden ser apreciadas cuando sólo se observa la evaluación del promedio del país (Gráfico 1). Este hecho, se explica porque algunas regiones, –por ejemplo, la metropolitana (ME)– presenta una acelerad reducción de la TMI; mientras que en otras regiones, –por ejemplo, Nororiente (NOR) y Sur occidente (SOC)– se evidencia un lento descenso; y en algunas regiones –por ejemplo, Sur oriente (SOR) y Norte (NO) se observa un aumento en la TMI.

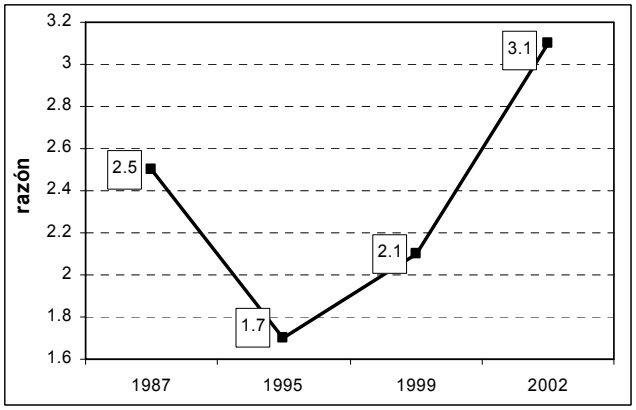
Gráfico 2 Tasa de mortalidad infantil desagregada por regiones geográficas



Fuente: PRRAC 2005

A partir de los resultados del gráfico anterior, es posible medir la evolución de la brecha de desigualdad entre las regiones. Esta brecha se define como la razón de tasas para cada uno de los 4 periodos de tiempo. La razón de tasas consiste en dividir en cada período la TMI regional más alta por la TMI regional más baja. Por ejemplo, para el año 1987 la razón de las TMI se obtendría dividiendo el valor más alto, igual a una TMI de 120 para la región centro (CE), por el valor más bajo de 50, para la región norte. El resultado de este ejercicio revela una alarmante brecha de desigualdad al nivel regional. Más aún, como lo muestra el Gráfico 3, a partir de 1995 la desigualdad se ha incrementado significativamente.

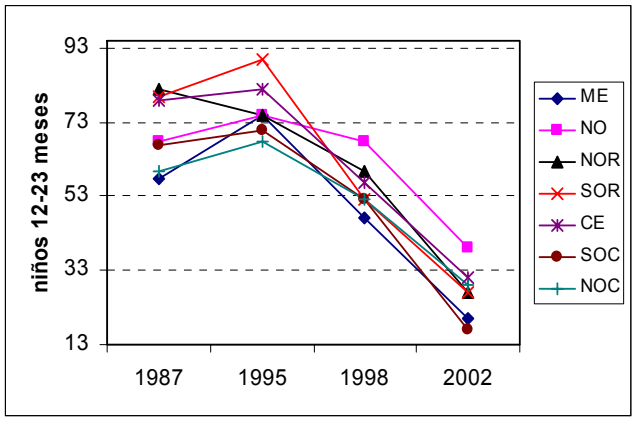
Gráfico 3 Brecha de desigualdad en la TMI entre regiones



Fuente: PRRAC 2005

Un indicador de cobertura de salud vinculado con la mortalidad infantil, es el porcentaje de niños menores de 1 año vacunados contra el sarampión. La cobertura de la vacuna antisarampión muestra una caída rápida en todas las regiones del país (ver Gráfico 4). En el año 1987, la cobertura entre las regiones oscilaba entre un mínimo de 58% y un máximo de 82%. En el año 2002, el rango había bajado a 18%-39%. La región ME es la segunda con peor cobertura.

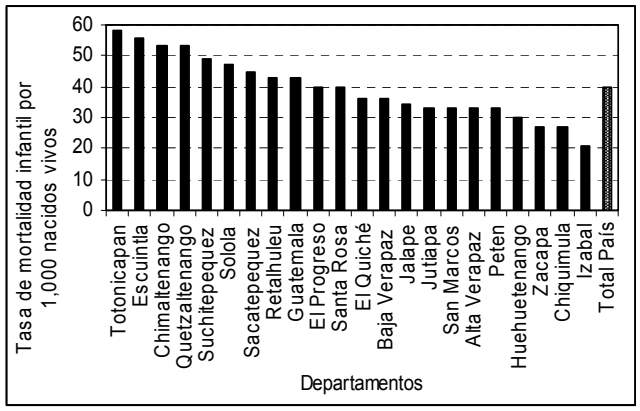
Gráfico 4 Cobertura de vacuna antisarampión entre regiones de Guatemala



Fuente: ENSMI 2005

Un estudio a nivel departamental realizado por la ENSMI, también encontró elevados niveles de desigualdad en la TMI entre los departamentos del país (ver Gráfico 5).

Gráfico 5 Tasa de mortalidad infantil por departamentos (2002)



Fuente: ENSMI 2003

Los resultados anteriores de la TMI (a nivel regional y departamental), sugieren que el esfuerzo por lograr la meta debe enfocarse, además de la reducción de la TMI a nivel de país, en la reducción igualitaria al interior de Guatemala. (ONU 2003). La evidencia señala que Guatemala requiere de políticas estratégicas coordinadas por las distintas instancias gubernamentales, de cooperación externa y del apoyo a gran escala de la sociedad civil. Las políticas que surjan de esta participación colectiva, deberán revertir la grave situación de salud infantil que adolecen algunos sectores del país.

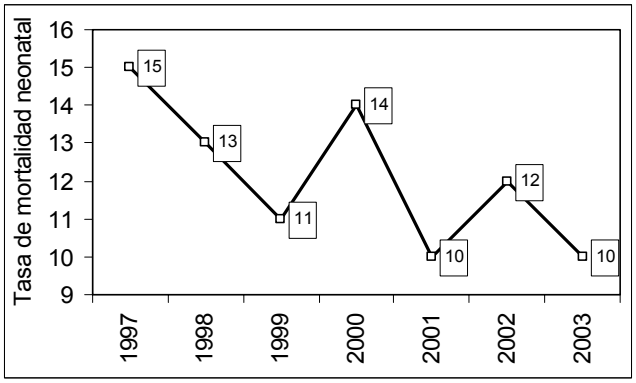
3.2 La mortalidad neonatal y postneonatal

La mortalidad neonatal (MN) y post neonatal (MPN) forman parte de la mortalidad infantil. La tasa de mortalidad neonatal relaciona el número de niños fallecidos en los primeros 27 días de vida extrauterina y el número total de nacidos vivos.[3] Por su parte, la tasa de mortalidad postneonatal relaciona el número de niños fallecidos entre los 28 y 365 días de vida extrauterina y el número de nacidos vivos.

En Guatemala, la mortalidad neonatal representa el 52% de la mortalidad infantil, mientras que la mortalidad post neonatal corresponde al 48% (OMS 2003).

La MN de Guatemala, expresada en tasas por 1.000 nacidos vivos, ha disminuido en 5% al cabo de seis años, y con expectativas de seguir cayendo. Esto se aprecia en el siguiente gráfico.

Gráfico 6 Mortalidad neonatal por 1000 NV

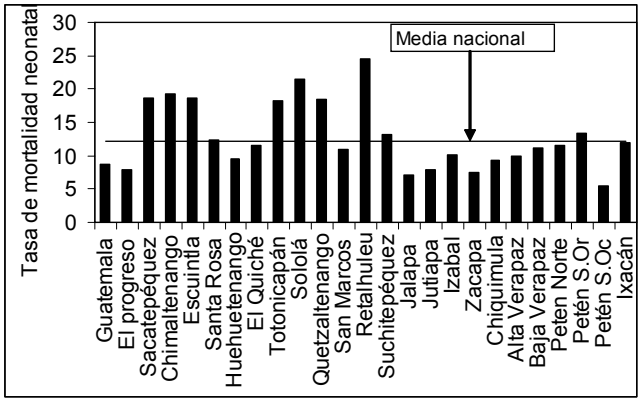


Fuente: La Semana Epidemiológica (MISPAS, 2003)

A pesar del descenso progresivo de la tasa de mortalidad neonatal (TMN), 10 departamentos mantienen tasas por encima de la media nacional (Sacatepéquez, Chimaltenango, Escuintla, Santa Rosa, Totonicapán, Sololá, Quietzaltenango, Retalhuleu, Suchitepéquez y Petén Sur Oriente). El Gráfico 7, compara la TMN a nivel departamental con el promedio de la TMN a nivel nacional. En dicho gráfico se puede apreciar los significativos niveles de desigualdad que también existen en la TMN al interior de Guatemala.

[3] Se consideran nacidos vivos registrados a los ocurridos en el año de registro y en el año inmediato anterior.

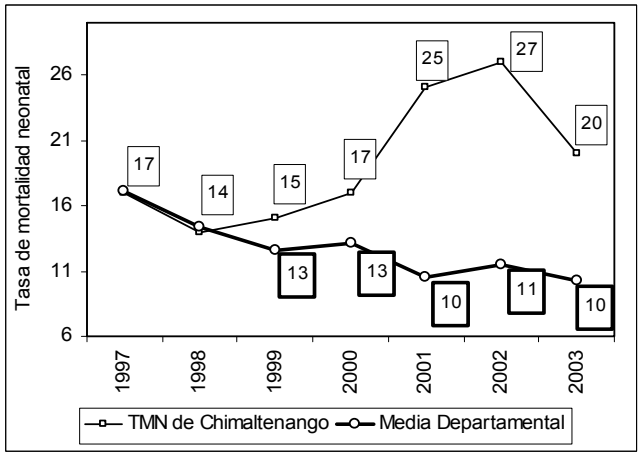
Gráfico 7 Mortalidad neonatal por áreas de salud (muertes por 1,000 NV)



Fuente: La Semana Epidemiológica (MISPAS, 2003)

El reporte de la semana epidemiológica del MISPAS (2005), manifiesta que Chimaltenango, Huehuetenango, Petén Sur Oriente y Petén Sur Occidente, muestran preocupantes tendencias ascendentes en sus tasas de mortalidad neonatal. En particular, Chimaltenango, presenta tasas de mortalidad neonatal con tendencia significativamente creciente por sobre la tasa del promedio departamental. El Gráfico 8, permite observar la creciente brecha, durante 1989 y 2002, de la TMN entre Chimaltenango y el promedio departamental.

Gráfico 8 Comparación de la TMN por 1.000 NV de Chimaltenango y la media a nivel departamental



Fuente: Semana Epidemiológica (MSPAS, 2003)

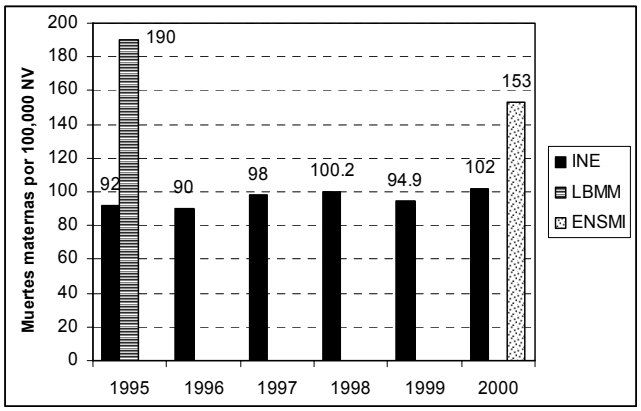
Estos hechos confirman, una vez más, la grave desigualdad que existe en la mortalidad infantil y neonatal a nivel departamental.

3.3 Análisis de la mortalidad materna

En Guatemala, los Acuerdos de Paz establecieron una reducción de la mortalidad materna en un 50% para el año 2000 (tomando 1995 como año base). Esta meta no fue alcanzada (MISPAS 2003). A partir de los compromisos definidos en los Acuerdos de Paz y en los ODM, se han desarrollado varios estudios que analizan la situación de la mortalidad materna en el país. Dichos estudios, han utilizado diversas fuentes y métodos de cálculo. El Método de las Hermanas fue aplicado en la ENSMI (1995). Medina (1989) y Kestler (1993-1996) utilizaron los registros municipales como fuente primaria de información; OPS (1995), INCAP (1989), Schieber (1998) y Measure Evaluation (2000), se apoyaron de fuentes secundarias, factores de corrección por subregistro y otras estimaciones estadísticas.

Conforme a las leyes públicas de Guatemala, el INE es la institución responsable en proveer datos oficiales de la mortalidad materna. Sin embargo, el MSPAS (2003) sostiene que estudios previos sobre la razón de mortalidad materna (RMM) han mostrado que en Guatemala los niveles de subregistros de la RMM oscilan entre el 42 y 66%. Esta alta variabilidad en el cálculo de la RMM, es un grave problema de información que las autoridades responsables deben resolver. En la medida que este problema de información no sea solucionado, los métodos que se empleen para monitorear el avance de la RMM serán poco confiables. Esto puede generar inconsistencias en los resultados de política de salud. El Gráfico 9, permite comparar la RMM entre las distintas fuentes: INE, Línea Basal de la Mortalidad Materna (LBMM) y ENSMI. Allí se aprecian las enormes diferencias de la RMM proveídas por las referidas fuentes.

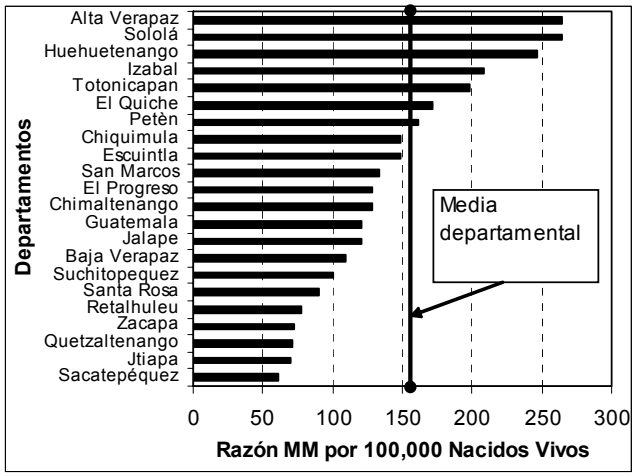
Gráfico 9 Evolución de la razón de mortalidad materna



Fuente: Línea Basal de Mortalidad Materna. MISPAS 2003

En cuanto a la desigualdad de la RMM por departamento, existen grandes diferencias que van desde una RMM de 60 (Sacatepéquez) hasta una de 265 por 100.000 NV (Alta Verapaz) (ver Gráfico 10).

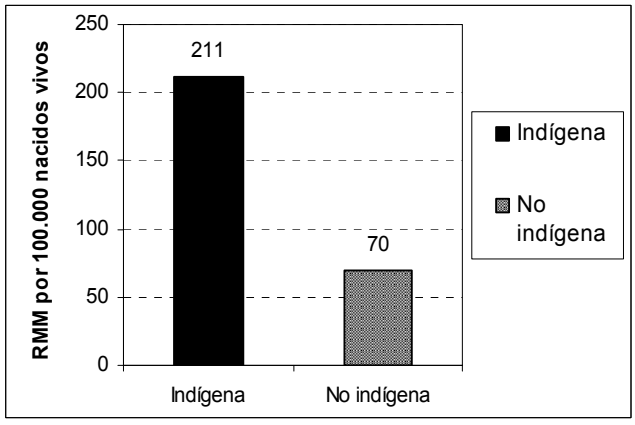
Gráfico 10 Razón de mortalidad materna por departamentos de Guatemala



Fuente: Línea Basal de MM. MSPAS 2003

Cuando se compara la RMM entre la población indígena (PI) y no indígena (PNI) de Guatemala, se tiene que la PI presenta una RMM tres veces mayor a la que posee la PNI (ver Gráfico 11). El MSPAS (2003) menciona que la población de mujeres indígenas poseen las condiciones más precarias de vida en el país. "Las mujeres indígenas poseen las más altas tasas de fecundidad y la mayor proporción de partos atendidos en el domicilio por personal no calificado" (MSPAS 2003).

Gráfico 11 Razón de mortalidad materna según grupo étnico



Fuente: Línea Basal de Mortalidad Materna. MISPAS 2003.

3.4 Análisis del VIH/SIDA

Según datos de la ONUSIDA, la prevalencia estimada del VIH/SIDA para la población de 15 a 49 años, se mantuvo alrededor del 1,1% entre los años 2001 y 2003. Un indicador propuesto por la ONUSIDA es el "porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos en mujeres casadas de 15 a 49 años", el cual se redujo en un punto porcentual al pasar de 6% (2001) al 5% (2003). La ONUSIDA considera que el uso del preservativo, es un indicador válido para monitorear la prevalencia del VIH/SIDA. Esto es así, porque entre los métodos anticonceptivos, solamente los preservativos son eficaces para prevenir la transmisión del VIH/SIDA. (ONUSIDA 2003).

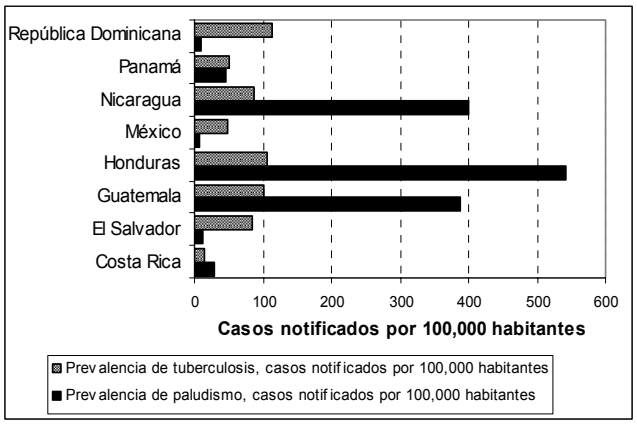
Puesto que la tasa de uso de los preservativos es solamente medida entre mujeres con una pareja fija, este indicador debe ser complementado por dos indicadores adicionales (OMS 2003). Uno de ellos mide el uso de preservativos en la última relación sexual en situaciones de alto riesgo. El otro indicador, mide el nivel de conocimientos relativos al VIH/SIDA –porcentaje de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA. Este indicador corresponde al porcentaje de la población de 15 a 24 años que puede identificar correctamente las dos principales formas de prevenir la transmisión sexual del VIH (utilizar preservativos y mantener relaciones sexuales sólo con una pareja fiel y no infectada). No obstante, en Guatemala no se dispone de un número suficiente de encuestas para calcular los dos últimos indicadores definidos previamente.

Guatemala debe tener presente que la meta no sólo consiste en detener la propagación del VIH/SIDA, sino también comenzar a disminuir la prevalencia de esta enfermedad. Por lo tanto, las políticas asociadas en esta materia, deberán estar formalmente comprometidas en alcanzar este desafío para el año 2015.

3.5 Análisis de la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

El MSPAS (2003) sostiene que Guatemala ha disminuido marginalmente sus tasas de prevalencia en paludismo y tuberculosis, por lo cual este país se ha ubicado entre los países de Centro América con mayores niveles de prevalencia de paludismo y tuberculosis (ver Gráfico 12).

Gráfico 12 Prevalencia de tuberculosis y paludismo



Fuente: OMS 2003

Con respecto a las tasas de morbilidad por tuberculosis, Guatemala se encuentra dentro de los países en los que dicho problema es de moderado a grave (MSPAS 2003). La Dirección General de Servicios de Salud señala que la mayoría de personas han sufrido infección tuberculosa primaria antes de los 15 años de edad. Guatemala no dispone de una meta consensuada sobre el alcance que deberían tener estos indicadores al 2015.

4. ¿Es posible estimar el costo de alcanzar las metas?

SEGEPLAN y el Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP), realizaron un estudio en el que calcularon los costos monetarios de alcanzar los ODM al 2015. Para ello, los autores simularon tres escenarios de crecimiento económico. Un primer escenario pesimista de crecimiento anual del 2%, luego un escenario de crecimiento promedio del 4% anual y, finalmente, un escenario optimista de crecimiento del 5% anual. La Tabla 3 define los costos que se obtuvieron del reseñado estudio.

Tabla 3 Estimación de los costos asociados al alcance de los ODM para Guatemala

Escenarios de crecimiento económico (en %)	2	4	5
Costo Total (como % del PIB)	1.10	0.77	0.59

Fuente: SEGEPLAN (2005)

Sin embargo, el listado de intervenciones sanitarias y los coeficientes de efectividad de las intervenciones incluidas en el estudio del CIUP, aún no han sido consensuados por los actores responsables de alcanzar los ODM. Por ello, Guatemala carece de una medida oficial que avale el costo en que debe incurrir el país para alcanzar los ODM al 2015. En esta línea, el proyecto PHR*plus* financiado por USAID, está colaborando con el MSPAS en el diseño de un modelo económico que permitirá costear el alcance de los ODM para Guatemala.

5. Conclusiones

Evaluar el logro de los ODM mediante las tendencias de los indicadores de salud puede conducir a conclusiones erradas. Las predicciones basadas en las tendencias se definen bajo el supuesto que las tendencias continuarán ocurriendo en el futuro. Sin embargo, es importante tener claro que las tendencias son sensibles a otros factores de carácter económico y social que pueden afectar la trayectoria del indicador. Por ello, es importante que el esfuerzo por alcanzar las metas al 2015, contemple la participación conjunta de los actores claves de los distintos sectores socio-económicos del país.

Los indicadores de salud a nivel nacional, no son una buena señal del estado de salud de los guatemaltecos. La reciente evidencia muestra que a pesar de los avances a nivel nacional en los indicadores de la RMM y TMI, existe una significativa desigualdad de estos indicadores al interior del país. En algunos departamentos y regiones de Guatemala se evidenciaron fuertes disparidades en la TMI y RMM. Cuando se comparan la mortalidad materna por grupo étnico, se tiene que la población indígena posee una RMM tres veces mayor a la que posee la población no indígena. Estos resultados han agravado las condiciones de vida de la población indígena. Los indicadores del progreso de Guatemala señalan que el tiempo que tomaría mejorar las condiciones de vida (conforme a los ODM) de los indígenas es de 83 años, mientras que para los ladinos es de 23 años (Martorell, Flores y Hickey, 2002). Por esta razón, es de suma importancia priorizar la reducción de las brechas (desigualdad) de los indicadores de salud al interior del país.

Estudios de la OMS 2005, muestran que la morbilidad de enfermedades infecciosas (malaria y tuberculosis) está asociada al grado de desnutrición (peso corporal bajo en relación con la edad), ya que las enfermedades suelen conducir a la desnutrición, que a su vez aumentan la vulnerabilidad de contraer enfermedades infecciosas. Por ejemplo, los niños desnutridos son más vulnerables a la malaria y tuberculosis, debido a que el funcionamiento de su sistema inmunitario se encuentra disminuido. Por ello, la OMS recomienda focalizar los programas de salud en niños que viven en zonas con pocos recursos ya que generalmente se encuentran

atrapados en un círculo vicioso de nutrición deficiente y enfermedades infecciosas.

Martorell, Flores y Hickey (2002), recomiendan desarrollar programas de salud (preventivo y curativo) y programas eficaces de planificación familiar. Estos servicios junto con acciones que aceleren el progreso de la nutrición, deben contemplar los siguientes objetivos: a) mejorar el peso de los recién nacidos; b) proveer alimentación exclusiva durante los primeros seis meses de edad; c) ampliar y mejorar la calidad de los programas de alimentación complementaria, principalmente la suplementación diaria del cinc en madres y niños menores de dos años de edad. Bhutta et al (1999), muestra que la suplementación diaria del cinc reduce la incidencia de diarrea y pulmonía alrededor de 20% y 40% respectivamente. Sachs (2005), sostiene que la implementación de programas de salud que combinen el descenso de enfermedades y desnutrición, contribuyen a la superación de la pobreza extrema (reducción del gasto de bolsillo de los más pobres) y mejora del bienestar de las familias.

Por otra parte, resulta imprescindible resolver los problemas de asimetría de información estadística de los indicadores de salud –especialmente, el indicador de la MM. La presencia de subregistros en el cálculo de la mortalidad materno-infantil, la falta de información sobre el VIH/SIDA y demás enfermedades infectocontagiosas, limitan la capacidad de manejar información actualizada y monitorear el avance de los respectivos indicadores de salud. El manejo de información oportuna y consensuada, permite una mayor vinculación, organización y seguimiento de las políticas estratégicas adoptadas por los actores claves.

Para mejorar la salud materno-infantil, el Banco Mundial (2006) recomienda prioritariamente fortalecer la entrega de nutrientes esenciales (como vitamina A, hierro y yodo) a las mujeres embarazadas y a los niños para prevenir la anemia materna, la muerte infantil y los problemas de salud en el largo plazo; enseñar a las madres y capacitar a las parteras para mantener a los recién nacidos limpios y abrigados a fin de reducir enfermedades y muertes neonatales.

Los ODM del VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades graves no están cuantificados. Toda reducción o retardo de los indicadores de prevalencia pueden ser interpretados como un logro de los ODM (ONUSIDA 2003). En Guatemala la prevalencia del VIH/SIDA para la población de 15 a 49 años se ha mantenido inalterable. Sin embargo, no es posible concluir sobre el logro de este ODM. La ausencia de otros indicadores recomendados por la ONUSIDA como el "uso del preservativo en la última relación sexual en situaciones de alto riesgo" y "el porcentaje de la población que tiene conocimientos sobre el VIH/SIDA" limita la posibilidad de concluir sobre el avance de Guatemala en esta materia. Por ello, es necesario que Guatemala adopte el desafío de cuantificar los dos indicadores referidos para complementar el indicador de prevalencia del VIH/SIDA. La existencia de estos indicadores permitirá derivar conclusiones más acertadas sobre el avance de este ODM. Paralelo ha dicho desafío de medición, Guatemala deberá seguir combatiendo la propagación del VIH/SIDA. El Banco Mundial recomienda atacar la transmisión del VIH, mediante un programa coordinado que incluya la promoción del uso de condones en el 100% de los casos, especialmente entre las poblaciones en alto riesgo como las trabajadoras sexuales, consumidores de drogas inyectables y homosexuales.

Para reducir la prevalencia en paludismo, la OMS recomienda proveer redes para la cama tratadas con insecticidas allí donde la malaria sea endémica. Para reducir la prevalencia de tuberculosis, la OPS propone la expansión del acceso nacional al Tratamiento de Observación Directa (DOTS)[4] y movilizar a los enfermos de tuberculosis para demandar mayor acceso al tratamiento.

Por otra parte, el diseño de un modelo económico para costear el alcance de los ODM para Guatemala, involucra la participación conjunta del MSPAS y de otros actores claves del logro de los ODM. La participación conjunta permite establecer un consenso del nivel actual de los indicadores de salud y los tipos de intervenciones sanitarias requeridas para alcanzar los ODM. El modelo económico está basado en el análisis de costo efectividad de las intervenciones sanitarias a nivel nacional y departamental. Por ello, este modelo pretende ser un instrumento de relevante implicancia de política social.

[4]La Terapia de Observación Directa, también llamada Terapia Directamente Observada, consiste en mantener la atención en la calidad del diagnóstico específico para cada paciente; la calidad de atención, con los estándares necesarios para evitar en contagio intrahospitalario; reducción de los tiempos para el tratamiento; y la calidad en el acceso a la medicación, entre otros objetivos

Referencias

Andersen, J. Redes ínter organizacionales e intervenciones en la salud, Universidad Católica del Perú, 2003.

Banco Mundial. Invertir en Salud Mundial: Las "mejores inversiones" y medidas prioritarias en países en desarrollo, 2006.

Beltrán, A., Castro,J., Vásquez, E. y Yamada, G. Informe final del Diseño de Modelos de Predicción de Cumplimiento de Objetivos del Milenio: El caso Peruano. Centro de Investigaciones, Universidad del Pacífico, 2004.

Bhutta ZA, Black RE, Brown KH, et al. Prevention of diarrhea and pneumonia by zinc supplementation in children in developing countries: pooled analysis of randomized controlled trials. Journal of Pediatrics 135:689-97, 1999.

Castro, J. Desarrollo de un modelo para la predicción y costeo del cumplimiento de los Objetivos del Milenio en Guatemala. Centro de Investigaciones, Universidad del1234567tg Pacífico, Lima – Perú, 2005.

Clemens, M., Kenny, Ch. y Moss, T. The Trouble with the MDGs: Confronting Expectations of Aid and Development Success, Center for Global Development, 2004.

Dirven, M. Alcanzando las metas del milenio: Una mirada hacia la pobreza rural y agrícola, CEPAL, 2002.

Evans, D., Tan-Torres, T., Taghreed, A. y Slim L. Methods to assess the costs and health effects of interventions for improving health in developing countries. WHO, 2005.

Flores, W. Inequidades Geográficas en la Mortalidad Infantil en Guatemala: Magnitud y factores asociados, PRRAC 2005.

Janvry, A. y Sadoulet, E. World Poverty and the role of agricultural technology: direct and indirect effects, Journal of Development Studies, Vol. 38, No 4, April (pp. 1-26), 2002.

Kestler, E. Estrategias para la Reducción de Mortalidad Materna. 55 aniversario del Instituto de Nutrición de Centro América, 2000.

Martorrel R, Flores R, Hickey M. Studing in Guatemala: Analyses of change over 15 years. Department of International Health, Rollins School of Public Health, Emory University, 1518 Clifton Road, N.E., Atlanta, GA 30322, 2002

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Linea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000, 2003.

Nieves, M. y Dirven M. Aproximaciones hacia un desarrollo rural territorial con enfoque de género, CEPAL, 2003.

PNUD Metas del Milenio: Informe de Avance de Guatemala, 2002.

Sachs, J. Macroeconomic and Health: Investing in Health for Economic Development, World Health Organization, 2001.

Sachs, J. The End of Poverty. Time Magazine, 2005

Schieber, B. y Stanton, C. Estimación de la Mortalidad Materna en Guatemala, 2000.

SEGEPLAN. Hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Guatemala. Segundo informe de avance. Gobierno de Guatemala, 2006

Wagstaff, A. y Claeson, M. Rising to the challenges. The World Bank, 2004.